

自動車損害賠償責任保険

- ① 保険金(加害者請求)
- ② 損害賠償額(被害者請求)
- ③ 第()回内払金
- ④ 仮渡金

支払請求書兼支払指図書

53: _____

請求に関しては、重要事項が記載されている「請求のご案内」を必ずご確認ください。
 なお、「請求のご案内」がお手元になく、確認を希望される場合には、弊社までご請求下さい。

① 該当番号を○で囲んでください。② 請求日をご記入ください。

年 月 日

③ ご記入のうえ、印鑑証明書の印を押印し、印鑑証明書を添付してください。

株式会社 損害保険

御中

下記事故にかかわる(保険金・損害賠償額)を関係書類添付のうえ請求します。
 ついては(保険金・損害賠償額)を下記支払指図のとおりお支払いください。
 なお、預金口座への振込をもって受領したものとします。

太ワク内のみご記入ください。
 (フリガナもお願ひします。)

④ ご記入ください。

ご請求者	フリガナ 現住所		
	お名前 フリガナ		
	風間の ご連絡先 (勤務先等)	被害者 との関係	(本人)親族(続柄) (受任者) (加害者側) その他()
	印鑑証明書の印を 押印してください。		

自賠責保険証明書番号	第	号	事故年月日	年	月	日			
保険契約者	フリガナ 氏名	フリガナ 氏名	加害運転者	フリガナ 氏名	性別	男・女	年令	才	
	連絡先	連絡先		保有者との関係	本人 親族(続柄) 従業員 その他()	性	別	年	令
保有者(所有者・使用者)	フリガナ 住所	フリガナ 氏名	被害者	フリガナ 氏名	職業	性別	男・女	年令	才
	フリガナ 氏名	連絡先		連絡先					
契約者との関係		本人 譲受人 借受人 その他()	請求額						

支払指図(保険金・損害賠償額のお支払い先) ⑤ 預金通帳等で確認のうえ正確にご記入ください。

支払方法	① 振込	被書者請求のお客様で治療費を弊社から病院へ直接お支払いすることを希望される場合は、上段にお客様、下段に病院の口座をご記入ください。	C / K 受渡部担	
金融機関	銀 行10 信用組合50 農 協80 信託銀行20 商工中金60 郵便局90 信用金庫40 労働金庫70	フリガナ (本店) 支店	特 定	
口座種類	① 普通 ② 貯蓄 ③ 当座 (※当座を要する)	店番・記号 (口座) 番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1	円
受取人	フリガナ ご住所	お名前 フリガナ (住所名と異なる場合はのみ)		

支払方法	① 振込	治療費 その他	(※) 郵便局へのお支払の場合は※の部分もご記入ください。	C / K 受渡部担	
金融機関	銀 行10 信用組合50 農 協80 信託銀行20 商工中金60 信用金庫40 労働金庫70	フリガナ (本店) 支店	特 定		
口座種類	① 普通 ② 貯蓄 ③ 当座 (※当座を要する)	店番・記号 (口座) 番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1	円	
受取人	フリガナ ご住所	お名前 フリガナ (住所名と異なる場合はのみ)			

支払方法	① 振込	治療費 その他	(※) 郵便局へのお支払の場合は※の部分もご記入ください。	C / K 受渡部担	
金融機関	銀 行10 信用組合50 農 協80 信託銀行20 商工中金60 信用金庫40 労働金庫70	フリガナ (本店) 支店	特 定		
口座種類	① 普通 ② 貯蓄 ③ 当座 (※当座を要する)	店番・記号 (口座) 番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1	円	
受取人	フリガナ ご住所	お名前 フリガナ (住所名と異なる場合はのみ)			

受付 工/ノ	年 月 日	異時 支払	① 無 ② 有 ③ 最 終	担当者	支払日 (承認日)	保 険 会 社 受 付 印
調 査 枚 数	未納分	6 5 4 3 2 1	小口払	職員No.		
SC課長	担当者					